

地域生活支援事業サービス利用申請書

野々市市福祉事務所長 宛
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		電話番号	
	個人番号			
	居住地	〒921-88 野々市市	生活保護受給の有無 有 ・ 無	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	支給申請に係る 児童氏名		続柄	
	個人番号			
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番 号		精神障害者保健 福祉手帳番号

サービスの 状況	障害福祉 サービス	障害支援区分	有・無	区分	1	2	3	4	5	6		
		利用中のサービスの種類と内容等										
サービスの 利用	介護保険	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 ()	要介護	1	2	3	4	5	
		利用中のサービスの種類と内容等										
申請する サービスの 種類と 内容等	申請する支援の種類・内容										希望事業所	
	<input type="checkbox"/> 移動支援 (ガイドヘルプ)	時間/月										
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター	型 日/月										
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援	日/月		4 時間未満		日/月		4 時間以上		日/月		
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス	週 回		曜 日		時間帯		時 分		から		
	<input type="checkbox"/> 視聴覚障害者生活支援	時間/月										

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)		
フリガナ		申請者 との関係	
氏 名			
住 所	〒921-88 電話番号 () -		

利用者負担額決定に係る世帯状況・所得等について調査されることに同意します。

申請者氏名 _____ 生計中心者氏名 _____

※ 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳のコピーを添付してください。

※ 世帯状況・所得等についての調査に同意しない場合は、世帯状況・所得等に係る証明書の添付が必要です。